



Assuré par Allianz Vie - Direction des Opérations Collectives - Emprunteurs - TSA 31007 - 67018 Strasbourg Cedex - Email : collemp@allianz.fr - Allianz Vie : S.A. au capital de 643 054 425 euros - 340 234 962 RCS Paris

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A ASSURER

Mlle Mme M Emprunteur Co-emprunteur Caution
Nom Prénom Né(e) le :
Adresse N° Rue Code Postal Ville Pays
Profession exacte : CSP(*) :
Effectuez-vous plus de 15.000 km par an en véhicule à moteur hors trajet domicile / travail
Exercez-vous une activité de travaux de manutention dans votre travail ? (plus de 15 kg)
Exercez-vous une activité en hauteur dans votre travail ? (plus de 15 m)
Est-il prévu une seconde adhésion pour le même prêt ?
Si oui, nom du second assuré Prénom du second assuré

EMPRUNTEUR SI DIFFERENT DE L'ASSURE

Mlle Mme M Raison sociale (pour les personnes morales)
Nom - Prénom ou Raison sociale
Adresse N° Rue Code Postal Ville Pays

CARACTERISTIQUES DU PRET A ASSURER

Table with 4 columns: Capital emprunté, Type de prêt amortissable (*), Nature du prêt immobilier / professionnel / autre, Durée en mois, Taux d'intérêt du prêt, Quotité à assurer, Périodicité du prêt, Organisme prêteur. Sub-headers: Prêt 1, Prêt 2, Prêt 3.

(*) Taux Fixe et échéances Constantes (TFC) ou Taux Fixe et échéances par Paliers (TFP) ou Taux Fixe et échéances Modulables (TFM) ou Taux Variable (TV)
(**) Avec Paiement Périodique d'Intérêts (APPI) ou Sans Paiement Périodique d'Intérêts (SPPI)
NB : Pour les prêts à paliers, joindre le détail des paliers.

DECLARATION DES ENCOURS ASSURES Allianz SOLASTER CONTRAT N° 5301

Somme des capitaux restant dus assurés sur chaque prêt en cours multipliés par la quotité assurée : €

GARANTIES DEMANDEES DATE D'EFFET DES GARANTIES SOUHAITEE

Cocher les garanties choisies Option 1 Option 2 Option 3
Important : les prêts in fine sans paiement de période d'intérêts sont assurables uniquement en option 1
Prêt 1 Prêt 2 Prêt 3
Option garantie des arrêts de travail résultant de dépression nerveuse, affection psychiatrique ou psychique ou résultant de problèmes dorso-lombaires
Les garanties prennent effet, à la date mentionnée ci-dessous. Vous pouvez par exemple retenir la date de signature de l'offre de prêt (ou la date présumée). A défaut de choix de votre part, les garanties prendront effet au plus tôt à la date d'acceptation du risque par l'assureur. Les cotisations d'assurance seront dues à compter de la date de prise d'effet. Le montant de la cotisation est fonction de la date d'effet souhaitée par le postulant.
Date d'effet souhaitée :

DECLARATION SPECIALE NON FUMEUR

Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de demande d'adhésion Date :
Je déclare également ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales.
Je m'engage à informer l'assureur si je commence ou recommence à fumer même occasionnellement pendant la durée du contrat.
Signature de la personne à assurer :

COTISATIONS

Total des cotisations en fonction des éléments fournis sur toute la durée du prêt (tel que figurant sur le projet qui vous a été remis) €
Important : Le montant de la cotisation est susceptible d'être modifié en fonction de vos déclarations de santé et de vos activités.
La cotisation définitive est celle figurant sur l'attestation d'assurance.

PERIODICITE ET PRELEVEMENT DES COTISATIONS

Nous vous invitons à compléter soigneusement le mandat de prélèvement joint et vous remercions de le communiquer à votre conseiller.
Le prélèvement de vos cotisations sera effectué mensuellement sauf si vous nous indiquez une périodicité autre ci-après : Trimestrielle Semestrielle Annuelle

JE DECLARE

- avoir reçu ce jour la notice d'information du contrat n° 5301 et en avoir pris connaissance, notamment l'objet du contrat, des conditions et exclusions des garanties, et des limitations d'indemnisation, et en accepter tous les termes,
- avoir reçu le dépliant relatif à la convention AERAS, remis par mon conseiller et en avoir pris connaissance,
- certifier exacts les renseignements indiqués sur cette demande qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'assureur,
- certifier avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur.
- reconnaître avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances dont un extrait est reproduit dans mon exemplaire de la notice d'information,
- être informé que les garanties accordées par l'assureur ainsi que les conditions d'assurance me seront communiquées sur une attestation d'assurance,

Fait à : le,
Signature de la personne à assurer :
Réservé au Conseiller
Code courtier : / /
Dossier suivi par

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au traitement de la présente demande. Conformément à la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant un courrier auprès de PRESTAVIE - Informatique et libertés - Service Clientèle - BP11615 - 44016 Nantes Cedex 1 ou un fax au 0825 560 062.

